

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Mariza Tasuja

MITTEKOHANEVAD ISIKSUSEJOONED JA SOTSIAAL-MAJANDUSLIKUD
TEGURID, MIS SOODUSTAVAD DEPRESSIIVSETE SÜMPTOMITE KUJUNEMIST
TÖÖTUTEL

Magistritöö

Juhendaja: Maie Kreegipuu
Läbiv pealkiri: Mittekohanevad isiksusejooned

Tartu 2015

KOKKUVÕTE

Magistritöö eesmärk oli uurida töötute mittekohanevate isiksusejoonte seoseid depressiivsete sümptomitega ning selgitada sotsiaal-majanduslikud tegurid, mis enim ennustavad töötute depressiivsust. Lisaks vaadeldi terviseprobleemiga ja tervete töötute depressiivsete sümptomite erinevusi. Uurimuses osales 63 registreeritud töötut. Tulemustest selgus, et kõigist uuritud faktoritest omas suurimat depressiivsete sümptomite ennustusjõudu negatiivse temperamendiga seonduv mittekohanev isiksusejoon – kalduvus enesekahjustamisele. Sotsiaal-majanduslikest teguritest ennustasid töötute depressiivsust enim raskused inimestega läbisaamisel, vilets kehaline tervis, üksielamine ja kogetud negatiivsete elusündmuste hulk. Töötute depressiivsete sümptomite esinemise määr sõltus subjektiivsest hinnangust enda kehalisele tervisele ja ei olnud seotud pikaajalise tervisehäire või puude olemasoluga. Depressiooni riskitegurite küsimustikuga oli võimalik ära tunda suur osa ülemäärase depressiivsusega töötutest (72,6%). Tulemused näitavad isiksusejoonte, sotsiaal-majanduslike riskitegurite ja subjektiivse tervisehinnangu olulisust kõrge depressiivsusega töötute kindlaks tegemisel.

Märksõnad: mittekohanevad isiksusejooned, töötus, depressiivsed sümptomid

Title: Nonadaptive personality traits and socioeconomic factors as affectors of depressive symptoms in unemployed

ABSTRACT

The objective of the master's thesis was to explore relationships between nonadaptive personality traits and depressive symptoms in a sample of unemployed. In addition socioeconomic risk factors for depression were examined and dissimilarities of depressive symptoms between healthy and disabled unemployed were noted. 63 officially registered non-workers participated in the research.

The results revealed that of all factors under examination the strongest predictor of depressive symptoms among unemployed was the tendency to Self-Harm, a nonadaptive personality trait related to Negative Temperament. Socioeconomic factors that most strongly predicted depressiveness among unemployed were interpersonal difficulties, poor physical health, living alone and amount of negative life events. Level of depressive symptoms among unemployed depended on the subjective appraisal of physical health and was not related to a prolonged illness or a disability. The questionnaire to assess risk factors for depression identified considerable extent of unemployed individuals with excessive depressiveness (72,6%). The results confirmed the importance of personality traits, socioeconomic risk factors and subjective appraisal of health status in determining the non-workers with high level of depressiveness.

Keywords: nonadaptive personality traits, unemployment, depressive symptoms

SISSEJUHATUS

Tööta olemine seostub vaimse tervisega mitmeti. Töötuks jäämine tõstab psüühiliste probleemide tekkimise riski, põhjustab distressi, depressiooni, ärevust, psühhosomaatilisi sümptomeid, langetab enesehinnangut ja vähendab subjektiivset heaolu (Paul & Moser, 2009). Psüühilised probleemid suurendavad töö kaotamise tõenäosust ja pikendavad töötuse kestust (Butterworth jt, 2102).

Töötute psühholoogiline heaolu on töötavate inimestega võrreldes küll üldiselt halvem, kuid sõltub töötute individuaalsetest ja sotsiaal-majanduslikest teguritest (McKee-Ryan jt, 2005). Nii reageerivad erinevate isiksuseomadustega inimesed elusündmustele erinevalt ning koos sotsiaalse ja majandusliku olukorraga selgineb see, kellel kujuneb depressioon, kellel mitte. Teada on, et neurootilisemad inimesed on depressioonile ja ärevushäiretele vastuvõtlikumad ning et extravertsus seostub depressiooniga negatiivselt (Jylhä & Isometsä, 2006). Eestis on leitud, et depressiooni haigestumise tõenäosus on suurim neil, kel pole tööd, kes ei ole rahul oma tööalase seisundiga, kes ei ole rahul inimestega, kellega nad koos elavad, kel on madal haridustase ja rahalise toimetuleku raskused (Niiberg-Pikksööt, 2010).

Depressiivsete häirete esinemine ja töötus

Depressioon on üleilmses haiguskoormuses kõrgel kohal ning see on üks töövõimetuse peamisi põhjuseid (Ferrari jt, 2013). Epidemioloogiliste uuringute kohaselt on depressiivsete häirete esinemissagedus sarnane kogu maailmas. On leitud, et depressiooni elupuhune levimus jääb vahemikku 14,6% kuni 17,1% ning esinemissagedus 12 kuu jooksul on 5,5% - 6,6% (Kessler jt, 2003; Bromet jt, 2011). Vanemaealistel pikaajalistel töötutel on depressiivseid häireid leitud 38,5% ning depressiooni esines 12 kuu jooksul 32,2% (Liwowski jt, 2011). Eesti Terviseuuringus 2006. a. leiti DSM-IV diagnostilistele kriteeriumidele vastava depressiooniepisoodi levimusmääraks 4,9%, meestel 3,4% ja naistel 6,1%. EEK alusel oli depressiooni ühe kuu levimus Eesti inimeste seas 8,7%. Depressiooni sümptomeid esines

enam naistel, mitte-eestlastel, eakatel, madalama haridustaseme ja madalama sissetulekuga inimestel. Töötute seas ühe kuu depressiooni levimus 12,9%. Kui 1996. a ja 2006. a võrdluses oli üldine depressiooni esinemine vähenenud, siis suurem depressiooni levimus töötute seas 10 aasta võrdluses püsis. Märkimist väärib, et oluliselt oli vähenenud töötavate naiste depressiivsuse tase (23,7%-lt 13,9%-le) (Kleinberg jt, 2008). Aastal 2010 hinnati depressiooni levimuseks Eesti elanikkonnas 5,6% (Kleinberg, 2014).

Jefferis ja kolleegid (2011) leidsid, et töötuks jäämine tõstab depressiivsete sümptomite esinemise riski ja kliinilisse depressiooni haigestumise šanssi 6 kuud hiljem. Kirjanduse andmetel on töötusega enim seostuvad probleemid depressioon, lootusetus, apaatia, ärevus, psühhosomaatilised sümptomid, madal enesehinnang, madal eluga rahulolu, negatiivne meeleolu, alkoholism, suitsiid (Karlsten, 2005; Paul & Moser, 2009; Dooley jt, 1994; Dorling, 2009; Lewis & Sloggett, 1998; Agerbo 2005; Economou jt, 2008; Berk jt, 2006). Nimetatud probleemidest on depressiooni seos töötusega tugevaim ja hõlmab sageli teisi eelpool toodud sümptomeid (Karlsten, 2005).

Uurimused on kinnitanud, et töötuks jäämine mitte ainult ei seostu, vaid ka põhjustab psühhopaatoloogilisi sümptomeid (Murphy & Athanasou, 1999; Karsten & Moser, 2009; McKee-Ryan jt, 2005). Käsitletud on nii mõju suurust kui suunda. Murphy ja Athanasou (1999) uurisid, kas töötus pelgalt korreleerub distressiga või põhjustab otseselt psühhopaatoloogilisi sümptomeid. Nad leidsid, et töö kaotamine põhjustab distressi tunnuseid (mõju suurus $d = 0,36$). Sarnase töö kaotamise mõju suuruse ($d = 0,35$) vaimsele tervisele leidis ka McKee-Ryan koos kolleegidega (2005). Analüüsides töötute ja töötavate inimeste psühholoogilist heaolu võrdlevaid uuringuid leidsid nad oluliselt halvema vaimse tervise ($d = -0,57$), madalama eluga rahulolu ($d = -0,48$) ning madalama rahulolu perekonna või abieluga ($d = -0,21$).

Becki depressiooniküsimustiku (BDI) keskmine skoor üle kuue kuu ilma tööta olnud meestel on 10,0 ($SD = 8,1$), mis on pisut kõrgem kui tavapopulatsioonis (Reynolds & Gilbert, 1991). Leedu töötute meeste keskmiseks BDI skooriks on 10,5 ($SD 8,5$) ja naistel 12,7 ($SD 9,7$), kusjuures üle ühe aasta töötute keskmine BDI skoor on 14,2 ($SD 9,5$). Depressiooni taseme ja tööta olemise aja korrelatsioon oli aga suhteliselt nõrk ($r = 0,20$, $p < 0,001$) (Stankunas jt, 2006).

Töötuse mõju vaimsele tervisele

Seda, kuidas töötuks jäämine depressiooni ja muude vaimse tervise probleemide kujunemist soodustab, on seletatud mitmeti. Warr (1988) pakkus selgituseks, et töötamisel on kasutegurid, mida töötu ei koge. Ta ei saa kasutada oma oskusi, saavutada eesmärke, tal on vähe võimalusi toimuvat kontrollida ja suhelda, vähene füüsiline turvalisus ning puudub sissetulek ja sotsiaalselt väärtustatud positsioon. Jahoda (1979) meelest pakub tööl käimine päevale ajalise struktuuri, sotsiaalseid kontakte, mõttekuse tunnet ja aktiivsust. Päeva ajalise korrastatuse olemasolu on peetud oluliseks töötute psühholoogilist ja füüsilist tervist tagavaks teguriks. Töötuks jäädes väheneb indiviidil vajadus oma päeva struktureerida, sooritada regulaarselt rutiinseid tegevusi. Olenevalt isiksuseomadustest ja elukorraldusest säilib osal töötutest vajadus ja harjumus igapäevast ajastruktuuri alal hoida. Ajastruktuuri säilitamisega tulevad paremini toime kõrgema meelekindluse ja väikeste lastega töötud (Hoye & Lootens, 2013). Uuemates uurimustes on leitud, et töö kaotamisega kahaneb inimese tajutud kontroll situatsiooni üle märkimisväärselt ja ollakse olukorras, kus ei ole kooskõla tegeliku situatsiooni ja tööalaste eesmärkide vahel. Sellise mitteühilduva (inkongruentse) situatsiooniga kaasneb aga kõrge psühholoogiline distress (Paul & Moser, 2006). Selgitus põhineb Grawe konsistentsuse teorial, mille kohaselt inimesed püüdleavad individuaalsete eesmärkide saavutamise poole ning suur lõhe eesmärkide ja nende tajutud saavutatavuse vahel on üks põhilisi psühhopatoloogiliste sümptomite tekitaja ja alalhoidja (Berking, 2003). Töötus on mitmetahuline mõiste ja lisaks ilma tööta olemise seisundile on psühholoogilise mõju seisukohast oluline, kuivõrd tähtis on inimese jaoks töötamine. McKee-Ryani ja Kinicki (2005) töökaotusega toimetuleku mudelis on töötaja-rolli kesksus üks viiest faktorist, mis seostub töötuse psühholoogiliste tagajärgedega. Täiendavalt sisalduvad selles taksonoomias sisemised ja välised toimetulekuressursid, kognitiivne hinnang, toimetulekustrateegiad ja inimkapital koos demograafiliste faktoritega. Selline jaotus ühtib üldise diateesi ja stressi mudeliga (Lazarus & Folkman, 1984; Coyne & Downey, 1991), kus individuaalne dispositsioon ja sotsiaalne kontekst vahendavad negatiivse elusündmuse mõju vaimsele tervisele.

Depressiooni kujunemise mõjutegurid töötutel

Töötuse kui negatiivse elusündmusega toimetulekut toetavad ja takistavad faktorid on sarnased teiste elu kestel ilmnevate stressirikaste situatsioonidega. Töötute puhul on leitud, et vaimse tervisega seostuvad enim enesekohased tuumikhinnangud ($r = .55$); rahalised raskused ($r = -.45$); stressi kognitiivne hinnang ($r = -.38$); sotsiaalne tõrjutus ($r = -.36$); töötamise olulisus ($r = -.34$); ajastruktuur ($r = .31$); töö leidmise lootusrikkus ($r = .29$); ja sotsiaalne toetus ($r = .21$). Üldist psühholoogilist heaolu töötuse ajal parandab pisut abielus olemine ja halvendab töötuse pikalevenimine (McKee-Ryan jt, 2005). Enesekohaste tuumikhinnangute konstrukti lõi T.A Judge ja see oli algselt mõeldud kasutamiseks töö valdkonnas enesekohaste fundamentaalsete hinnangute mõõtmiseks. See koondab enda alla uskumused võimetest, oskustest ja eluga toimetulekust. Enesekohased tuumikhinnangud sisaldavad kontrollikeset, neurootilisust, enesetõhusust ja enesehinnangut (Judge jt, 1998; Judge jt, 2004) ning seda konstrukti on laialdaselt kasutatud organisatsioonipsühholoogias, majanduses jm töövaldkonna uuringutes. Enesekohased tuumikhinnangud on positiivselt seotud nii töö kui eluga rahuloluga. Kõrgete enesekohaste tuumikhinnangutega inimesed keskenduvad tööl pigem positiivsetele keskkondlikele aspektidele ja vähem alternatiivide puudumisele, nad on rohkem pühendunud eesmärkide saavutamisele. Nad ei täida pelgalt töökohustusi, vaid aitavad kolleege, panustavad organisatsiooni arengusse ja kaitsesse. Lisaks on nad oma tööga rahul ja tajuvad, et neid tööalaselt toetatakse. Tööalasest rahulolust on kuni 84% seletatav enesekohaste tuumikhinnangute kaudu (Chang jt, 2012). Töötute puhul on leitud, et enesekohased tuumikhinnangud tervikuna seletavad töötute psühholoogilisest distressist 51% ja varieeruvuses on unikaalne osa kontrollikeskmel, enesehinnangul ning neurootilisusel (Creed jt, 2009). Isiksuseomadustest on enesekohased tuumikhinnangud positiivselt seotud meelekindluse ($r = .49$), ekstravertsuse ($r = .45$), sotsiaalsuse ($r = .28$) ja avatusega ($r = .19$), negatiivselt neurootilisusega ($r = -.60$) (Chang jt, 2012).

Sotsiaalsed ja majanduslikud tegurid depressiooni kujunemise soodustajatena

Peamine keskkondlik depressiooni kujunemise riskifaktor on sotsiaal-majanduslik staatus. Inimesed, kel kõrge sissetulek, tööalane staatus ja haridus, kalduvad olema õnnelikumad ja madalama depressiooniriskiga (Diener & Biswas-Diener, 2002; Lorant jt, 2003). Tööta olek

on oluline depressiooni riskifaktor (Sartorius, 2001; Kleinberg jt, 2008; Niiberg-Pikksööt, 2010).

Demograafiliste tegurite hulgas on leitud, et depressiooni haigestumise tõenäosus on suurem üle 40 aastastel (Aluoja jt, 2004). Depressiooni esinemine on naiste seas kaks korda kõrgem kui meestel, kuid soolisi erinevusi mõjutavad suuresti muud tegurid: abielus olek suurendab lastega naiste depressiooni haigestumist ning risk suureneb oluliselt nii meestel kui naistel kui ollakse lahutatud, elatakse eraldi või ollakse lesk. Töötus tõstab meeste depressiooni riski, kuid ei mõjuta naiste depressiivsust (Lucht jt, 2003). Lisaks on olulised negatiivsete elusündmuste ja sotsiaalsete suhetega seotud tegurid, mis tingivad suuremat stressi hulka ning nii ennustavad hilisemate depressiivsete episoodide tekkimist (Spijker jt 2004, Sartorius, 2001).

Depressiivsed häired esinevad sagedasti koos somaatiliste haigustega. Krooniliste füüsiliste haiguste puhul on rohkem sümptomeid, tõsisem funktsionaalne kahjustus ja vähenenud enese eest hoolitsemise võime tugevaimad depressiooni episoodide ennustajad (Katon, 2003). Töötute hulgas, kel somaatiline haigus või füüsiline puue on depressiivsete häirete osakaal suurem (Turner jt, 2004). Eesti Terviseuuringus 2006. a oli pikaajalise terviseprobleemiga inimeste seas depressioon *ca* 3 korda sagedasem kui rahvastikus tervikuna (Kleinberg jt, 2008).

Eestis on depressiooni haigestumise šanssi enim tõstvad tegurid: (1) tööta olek; (2) rahulolematuse tööalase seisundiga; (3) rahulolematuse inimestega, kellega koos elatakse; (4) kutse-, põhi ja algharidus; (5) rahalise toimetuleku raskused; (6) pikaajaline haigus või puue; (7) sotsiaalse toetuse puudumine; (8) alkoholi kuritarvitamine; (9) rahulolematuse lähisuhte emotsionaalse või seksuaalse poolega. Nimetatud tunnustest koostatud depressiooni riskitegurite küsimustiku võime korrektselt tuvastada depressioonis patsiente oli riskiskoori äralõikepunkti 3 korral 74,8% ja depressioonita isikute korrektse tuvastamise võime oli 86,3%. Lisaks võimaldab küsimustik tuvastada üldistunud ärevushäirega komorbiidset depressiooni, mille puhul osutusid olulisemateks ennustajateks lahutatud olek või lehestumine, madalam haridustase, sotsiaalse toetuse puudumine ja vilets kehaline tervis (Niiberg-Pikksööt, 2010).

Isiksuseomadused ja depressiivsed sümptomid

Kui eelnevalt käsitletud keskkondlikud depressiooni riskitegurid on selgelt eristatavad kui depressiooni vallandumisele eelnevad sündmused, siis isiksus on depressiooniga pigem interaktiivses seoses. Nii longituudsed kui geneetilised uuringud kinnitavad, et neurootilisus vastutab suurel määral depressiooni haigestumise eest, sest tõstab depressiivsete häirete geneetilist riski. Ekstravertsusel on seos depressiooni haigestumise riskiga samuti olemas, kuid oluliselt nõrgem (Kendler, jt 2006). Kuigi isiksust tavaliselt defineeritakse kui suhteliselt stabiilset ja muutumatut, toimuvad isiksusejoonte tasemete muutused sageli paralleelselt depressiivsete sümptomite muutustega (Vittengl jt, 2014). On leitud, et isiksusejoonte mõõtmisel on võimalik eristada stabiilset ja seisundi osa (Clark jt, 2003) ning et enamus positiivse ja negatiivse temperamendi varieeruvusest (79%) on stabiilse isiksusejoone varieeruvus (Naragon-Gainey jt, 2013).

Nii patoloogilisel kui normaalsel isiksusel on ühine hierarhiline struktuur ning patoloogilise isiksuse mittekohanevad jooned esindavad normaalsete joonte äärmuslikke tasemeid (Markon, Krueger & Watson, 2005). Isiksuse fundamentaalsete dimensioonidena on nii depressiivsuse kui tööalase funktsioneerimisega seotud nii negatiivne afektiivsus (neurootilisus, negatiivne temperament) kui positiivne afektiivsus (ekstravertsus, positiivne temperament). On leitud, et tööalast edu ennustavad meelekindlus, avatus ja emotsionaalne stabiilsus (Ozer & Benet-Martinez, 2005). Negatiivne temperament halvendab psühhosotsiaalset toimetulekut terviklikult (Ro & Clark, 2013) ja on seotud psühhopatoloogiliste sümptomitega (Hirschfeld jt, 2000; McKnight & Kashdan, 2009). Kõrge neurotismiga inimesed on sageli madala töömotivatsiooniga (Judge & Ilies, 2002) ja kauem töötud. Avatumad ja meelekindlamad leiavad uue töö kiiremini (Uysal & Pohlmeier, 2011; Viinikainen & Kokko, 2012). On leitud, et madala sotsiaal-majandusliku staatuse puhul on isiksuseomadustel oluliselt suurem mõju depressiooni kujunemisele kui kõrgema sotsiaal-majandusliku seisundiga inimestel (Jokela & Keltikangas-Järvinen, 2010).

Depressioonile spetsiifilised mittekohanevad isiksusejooned

Meeleolu- ja ärevushäired on sageli komorbiidsed. Negatiivne temperament on oluliselt seotud nii depressiivsuse kui ärevusega, kuid häirete lõikes varieeruvad korrelatsioonide tugevused suurel määral (Gamez jt, 2007). Mineka ja kolleegide (1998) internaliseeritud

häirete struktuurse mudeli kohaselt on ärevusel ja depressiivsusel lisaks ühisele komponendile (negatiivsele temperamendile) ka unikaalne osa. Nii on nende meelest iga sümptom kirjeldatav kahe dimensiooni kaudu: (1) kuivõrd on see häirespetsiifiline ja (2) kui tugevalt on see seotud negatiivse emotsionaalsusega. Nii on igal häiregrupil teatavad ühised ja teatavad spetsiifilised komponendid. Temperamendiskaalade ja häirete seostest on teada, et depressiooni sümptomite seosed negatiivse temperamendiga jäävad vahemikku 0,45–0,75 (Brown jt, 1998; Gamez jt, 2007; Watson jt, 2005; Weinstock & Whisman, 2006). Positiivne temperament on depressioonile spetsiifiline korrelaat, mille seosed jäävad -.35 ja -.55 vahele (Watson jt 1988, Barlow jt, 1996; Watson jt, 2005). Pidurdamatuse ja depressiooni vahel on täheldatud mõnikord nõrka positiivset seost (Kotov jt, 2010).

Võrreldes ärevushäirete, depressiooni ja sõltuvushäirete all kannatajaid on sõltuvushäirete puhul leitud unikaalse profiilina nõrgem seos negatiivse temperamendi ja tugevam seos pidurdamatusega (Kotov jt, 2010).

Madalama taseme mittekohanevatest isiksusejoontest on depressioonile spetsiifilised kalduvused enesekahjustamisele ja ebatavalisele tajule (Gamez jt, 2007). Enesekahjustamise seoseid üldise psühhosotsiaalse funktsioneerimise valdkondadega kinnitasid ka Ro ja Clark (2013), kes leidsid keskmiseks korrelatsiooniks .60. Madalama taseme isiksusejoonte ja depressiooni seosed aga sisaldavad teatud määral negatiivse temperamendi mõjutusi. Isiksusejoonte ja häirete seoste uurimine on oluline, sest nad on spetsiifilisemalt üksikute häiretega seotud kui isiksuse põhidimensioonid.

Kuna töötute risk vaimse tervise probleemide tekkeks on oluliselt suurem kui tavapopulatsioonil ja on teada, et mitmetel individuaalsetel ja sotsiaal-majanduslikel teguritel on psühhopatoloogiliste sümptomite kujunemist soodustav roll, siis proovin käesoleva töö raames selgitada, milline on mittekohanevate isiksusejoonte roll töötute depressiivsete sümptomite esinemisel ning millised spetsiifilised isiksusejooned on enim seotud töötute emotsionaalse seisundi probleemidega. Töötute depressiivsuse, depressiooni sotsiaal-majanduslike riskitegurite ja mittekohanevate isiksusejoonte samaaegne uurimine võib anda täiendavat teadmist haavatava ühiskonnagrupi depressiooni haigestumise ennetustöösse.

Hüpoteesid

- 1) Mittekohanevate isiksusejoonte osas erinevad töötud tavapopulatsioonist kõige enam enesekahjustamise tendentsi poolest, aga saavad kõrgemad skoorid ka negatiivse temperamendi ja pidurdamatuse skaaladel.
- 2) Pikaajalise tervisehäirega töötud on depressiivsemad kui terved töötud.
- 3) Sotsiaal-majanduslikest näitajatest on töötute depressiivsuse olulisemad ennustajad lisaks terviseprobleemi olemasolule rahalised toimetulekuraskused, madalam haridustase, vähene sotsiaalne toetus, alkoholi kuritarvitamine ja rahulolematus lähisuhetega.

MEETOD

Uuritavad

Töötute grupi andmed kogusid töö autor ja kaasmagistrant Merike Kalda Tartumaa ja Võrumaa Töötukassa osakondades registreeritud töötutelt, kes otsivad tööd ja on koheselt valmis tööle asuma. Kogutud valimi suuruseks oli esialgselt 70 uuritavat. Magistritöös on töötute grupi suurus 63 isikut, kuna seitsmel olid küsimustikud täidetud osaliselt. Uuringus osalemiseks pidi töötu olema vabatahtlikult nõus uuringus osalema, kõnelema eesti keelt, olema tööealine. Välistuskriteeriumiks oli vaimse arengu mahajäämus. Kontrollgrupi moodustamiseks kasutasin SNAP-2 eesti versiooni standardiseerimisvalimit, millest valisin soo, vanuse ja haridustaseme poolest töötute grupile vastavad katseisikud.

Kontrollgrupi suurus oli 63 isikut. Kummaski grupis oli 44 naist (69,8%) ja 19 meest (30,2%), töötute keskmine vanus oli 44,89 aastat (vahemik 19–62), kontrollgrupil 44,68 (vahemik 18–62). Töötute ilma tööta oldud aeg jäi vahemikku 108–8707 päeva, keskmine töötuse kestus oli 1669 päeva. Vastajaid, kelle töötus oli kestnud vähem kui aasta oli 14 (73,2%) ja kauem kui aasta osales 46 (22,2%). Kolmel vastajal puudus varasem töökogemus. Haridustaseme poolest oli mõlemas grupis enim kutseharidusega vastajaid 23 (36,5%),

kõrgharidusega oli 12 (19,1%), keskeriharidusega 14 (22,0%) ja alg- kuni põhiharidusega samuti 14 (22,0 %).

Mõõtmisvahendid

Mittekohanevate isiksusejoonte hindamiseks kasutati käesolevas töös SNAP-i (Clark, 1993) teist eesti versiooni (Kaera, 2008; Rannu 2009). SNAP-2 on 390 väitest koosnev enesekohane küsimustik, mis koosneb 12-st isiksusejoonte ja kolmest temperamendiskaalast, lisaks DSM-IV järgi kokku pandud 13-st isiksushäirete diagnostilisest skaalast ning seitsmest valiidsusskaalast (kuus skaalat ja üks üldine valiidsusindeks).

Depressiooni sümptomeid hinnati Emotsionaalse enesetunde küsimustikuga (EEK-2). See sisaldab 28 väidet, mida vastaja hindab viiepallisel skaalal. EEK-2 võimaldab hinnata depressiooni ja ärevushäirete sümptomeid ning kaasnevaid mittespetsiifilisi probleeme nagu väsimus ja unehäired (Aluoja, Shlik, Vasar, Luuk ja Leinsalu, 1999).

Töötute depressiooni hinnati täiendavalt Becki depressiooniküsimustikuga (BDI, Beck Depression Inventory) (Beck jt, 1961). BDI on 21-st väiterühmast koosnev test depressiooni sügavuse mõõtmiseks. Igal küsimusel on neli vastusevarianti, mida saab hinnata skaalal 0–3 (järjestatud depressiooni süvenemise suunas).

Depressiooni sotsiaal-majanduslike riskitegurite hindamiseks töötute grupil kasutati muutmata kujul Niiberg-Pikksöödi magistritöö tulemusel valminud depressiooni riskitegurite küsimustikku (Niiberg-Pikksööt, 2010). Küsimustikuga hinnatakse depressiooni kujunemise šanssi suurendavaid tegureid. See sisaldab 28 valikvastusega küsimust demograafiliste, majanduslike, tööalaste, leibkonda puudutavate, sotsiaalsete tegurite ning kogetud negatiivsete elusündmuste kohta. Tervislikku seisundit puudutavates küsimustes tuli märkida pikaajalise terviseprobleemi (puude) olemasolu ja paluti vastajal anda hinnang oma kehalisele tervisele skaalal vilets, keskmine, hea. Lisaks sisaldab riskitegurite küsimustik alkoholitarvitamise määra hindavat testi AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) (Babor jt, 2001), mis on 13-väiteline valikvastustega küsimustik.

Protseduur

Tööd otsivad inimesed kaasati valimisse Eesti Töötukassa juhtumikorraldajate ja tööturuteenuseid pakkuvate partnerite abil, kes tutvustasid uurimuse sisu ja eesmärgi. Uuringus osalemisest huvitatutelt võeti informeeritud nõusolek. Uuringus osalejale anti täitmiseks testikomplekt, juhtumikorraldajate kliendid täitsid küsimustikud kodus ja tagastasid need järgmisel pöördumisel kahe nädala pärast. Teenusel osalevad töötud täitsid testid tööturukoolituse ajal. Küsimustikele ja vastuselehele isikuandmeid ei märgitud, vastused kodeeriti. Konfidentsiaalsuse tagamiseks hoiti informeeritud nõusolekuid küsimustikest eraldi.

Andmeanalüüs

Normaaljaotusele vastavust testiti Kolmogorovi-Smirnovi testi abil. Gruppidevaheliste erinevuste testimiseks kasutati normaaljaotuse korral ühefaktorilist dispersioonanalüüsi, mõõtmistulemuste mitteparameetrilisuse korral Manni-Whitney U-testi. Lisaks kasutati Spearmani korrelatsioonianalüüsi ja mitmest lineaarset regressioonianalüüsi. Andmete analüüsimisel kasutasin Statsoft *STATISTICA* programmi.

TULEMUSED

Depressiivsus ja teised sümptomid

Emotsionaalse enesetunde küsimustiku depressiooni alaskaalal esines depressiooni esinemisele viitav skoor (EEK skoor ≥ 12) töötute grupis 32 vastajal (50,8%), kontrollgrupis kuuel vastajal (9,5%). Becki depressiooniküsimustiku järgi said töötutest depressiooni esinemisele viitava skoori (BDI skoor ≥ 14) 29 töötut (46%). Depressiivsuse raskusastme hindamisel oli töötutest 34 vastajal (54%) tulemus normi piires. Kergele depressioonile vastav tulemus oli 13 töötul (20,6%), mõõdukale depressioonile vastas 9 (14,3 %) ning raskele kuue töötu skoor (9,5%). Tabelis 1 on näidatud EEK alaskaalade ja Becki depressiooniküsimustiku keskmised skoorid. BDI keskmine skoor töötute hulgas on 13,3 ($SD = 10,64$). Töötute naiste BDI keskmine skoor oli 12,8 ($SD = 12,3$) ning meestel 14,6 ($SD 5,28$). EEK depressiooni

alaskaalal on töötutel keskmine skoor 12,3 (*SD* 8,12), kontrollgrupil 6,3 (*SD* 4,47), erinevus on statistiliselt oluline ($p < .000$).

Gruppidevahelised erinevused EEK tulemustes on toodud tabelis 1. Keskmiste võrdluses esinevad statistiliselt olulised erinevused töötute ja kontrollgrupi vahel kõikidel alaskaaladel. Tugevaim erinevus ilmnis depressiooni alaskaalal. Analüüsides eraldi EEK depressiivsuse alaskaala üksikväärtusi oli töötutel kõrgem kurvameelsus ($z = 4,40$; $p < .000$), alaväärsustunne ($z = 4,69$; $p < .000$) ja lootusetus tuleviku suhtes ($z = 4,0$; $p < .000$).

Tabel 1. *Emotsionaalse enesetunde küsimustiku ja Becki depressiooniküsimustiku keskmised skoorid gruppide lõikes ja gruppide vahelised erinevused*

Mõõtevahend	Töötud		Kontrollgrupp		z
	M	SD	M	SD	
BDI	13,34	10,64	–	–	–
EEK					
<i>depressioon</i>	12,34	8,12	6,43	4,47	4,18***
<i>üldärevus</i>	8,94	5,72	6,21	4,31	2,76**
<i>paanikahäire</i>	2,58	3,77	1,00	1,68	2,37*
<i>sotsiaalfobia</i>	1,79	2,15	0,89	1,44	2,54*
<i>asteenia</i>	7,18	4,10	4,98	3,04	3,17**
<i>unehäired</i>	5,34	3,33	3,43	3,11	3,32***

Märkus. BDI – Becki depressiooniküsimustik, EEK – emotsionaalse enesetunde küsimustik, z – Manni-Whitney U -testi tulemus z skoor. Statistiliselt olulised erinevused on esitatud tumendatud kirjas.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Pikaajalise tervisehäirega (puudega) töötute emotsionaalne seisund

Emotsionaalse enesetunde küsimustiku tulemustest selgus, et pikaajalise tervisehäirega või puudega töötutest omab äralõikepunktist kõrgemaid väärtusi depressiooni skaalal 20 (57,1%) ja üldärevuse skaalal 14 (40%). Tervetest töötutest omas äralõikepunktist kõrgemaid väärtusi depressiooni skaalal 12 (42,9%) ja üldärevuse skaalal 7 (17,9%). Üldärevuse esinemise osakaalude erinevus gruppide vahel osutus statistiliselt oluliseks ($p < .05$). Pikaajalise tervisehäirega ja tervete töötute ülemäärase depressiivsuse esinemise osakaalus statistilist erinevust ei olnud.

Becki depressiooniküsimustiku tulemustes vastas 16 (57,1%) pikaajalise tervisehäireta töötute skoor puuduva või minimaalse depressiooni tasemele, 8 (28,6 %) kerge depressiooni tasemele, 2 (7,1 %) mõõduka ja 1 raske depressiooni tasemele (3,5 %). Pikaajalise tervisehäirega töötute hulgas oli rohkem mõõduka ($n=7$; 20 %) ja raske ($n=5$; 14,3 %) depressiooni tasemele vastavaid skoori ning vähem minimaalse ($n=18$; 51,2 %) ja kerge

(n=5; 14,2 %) depressioonisümptomaatikaga vastajaid. Tabelis 2 on näidatud pikaajalise terviseprobleemiga ja tervete töötute depressiivsete sümptomite esinemist ja tulemuste keskmiste erinevused.

Tabel 2. Pikaajalise tervisehäirega ja tervete töötute depressiivsete sümptomite keskmised skoorid ja keskmiste võrdlus

	Pikaajalise tervisehäirega töötud		Terved töötud		z	p
	M	SD	M	SD		
BDI	15,80	11,61	10,15	8,40	1,95	.051
EEK depressioon	13,26	8,99	11,15	6,80	0,76	.447
EEK üldärevus	9,94	6,24	7,63	4,76	1,29	.195
EEK paanikahäire	3,37	4,44	1,56	2,38	1,43	.154
EEK sotsiaalfoobia	2,06	2,33	1,44	1,89	0,98	.326
EEK asteenia	7,86	4,37	6,30	3,61	1,62	.105
EEK unehäired	6,00	3,36	4,48	3,15	1,82	.069

Märkus. Pikaajalise terviseprobleemiga n=35, terved n=27, z - Manni-Whitney U -testi tulemus z skoor, p – olulisuse nivoo.

Gruppidevahelise võrdluse tulemusel ei ilmnunud statistiliselt olulisi erinevusi pikaajalise terviseprobleemiga ja tervete töötute EEK alaskaalade ja BDI keskmiste tulemuste vahel. Kui grupeerimise aluseks võeti pikaajalise terviseprobleemi või puude esinemise asemel subjektiivne hinnang – vilets kehaline tervis, siis mitteparameetrilise gruppidevahelise analüüsi tulemusel ilmnisid gruppide keskmiste vahel statistiliselt olulised erinevused, mis on näidatud tabelis 3. Analüüsis on kasutatud Bonferroni korrektsiooni, gruppide keskmiste erinevusi pidasin statistiliselt oluliseks, kui $p < \alpha / n$, kus α on olulisusnivoo ja n on testide arv ($p < 0,05 / 7 = 0,0071$).

Tabel 3. Subjektiivselt hinnatud viletsa ja hea kehalise tervisega töötute depressiivsete sümptomite keskmised skoorid ja keskmiste võrdlus

	Viles kehaline tervis		Keskmine / hea kehaline tervis		z	p
	M	SD	M	SD		
BDI	20,50	10,80	11,25	9,74	-3,10	.002
EEK depressioon	17,36	8,70	10,88	7,41	-2,50	.013
EEK üldärevus	12,14	7,45	8,00	4,81	-2,00	.046
EEK paanikahäire	4,21	4,19	2,10	3,54	-1,74	.081
EEK sotsiaalfoobia	2,57	2,28	1,56	2,08	-1,61	.108
EEK asteenia	10,00	4,66	6,35	3,58	-3,10	.002
EEK unehäired	5,93	3,63	5,17	3,26	-0,64	.521

Märkus. Vilets kehaline tervis n=14, keskmine/hea kehaline tervis n=48, Manni-Whitney U-testi tulemus z skoor, p – olulisuse nivoo. Statistiliselt olulised erinevused ($p < .007$) on esitatud tumendatud kirjas.

Gruppide keskmiste vahel esinevad erinevused EEK asteenia ($z = -3,10$; $p < .01$) alaskaala ja BDI koguskoori keskmistes tulemustes ($z = -3,10$; $p < .01$). Lisaks võrdlesin viletsa kehalise tervisega töötute ja keskmise/hea tervisega grupi erinevusi BDI depressiivsuse raskusastmete esinemisel ja erinevused osutusid oluliseks ($z = -3,41$, $p < .001$).

Mittekohanevad isiksusejooned ja depressiivsus

Töötute ja kontrollgrupi temperamendi, isiksusejoonte ja valiidsusskaalade keskmiste võrdluse tulemused on toodud tabelis 4. SNAP-2 temperamendi skaaladel ilmnesid statistilised olulised erinevused negatiivse ja positiivse temperamendi skaaladel. Töötute grupi uuritavatel oli võrreldes kontrollgrupiga oluliselt madalam positiivne temperament ($p < .001$) ja kõrgem negatiivne temperament ($p < .05$). Pidurdamatuse skaalal statistiliselt olulist erinevust ei olnud. Mittekohanevate isiksusejoonte erinevused töötute ja kontrollgrupi vahel ilmnesid usaldamatuse, enesekahjustamise ja madala enesehinnangu skaaladel ($p < .001$), suitsidaalsuse ja sõltuvuse skaaladel ($p < .01$) ja eraldatuse skaalal ($p < .05$).

Tabel 4. Mittekohanevad isiksusejooned, töötute grupi ja kontrollgrupi erinevused

SNAP-2	Töötud		Kontrollgrupp		z
	M	SD	M	SD	
<i>Negatiivne temperament</i>	15,08	7,46	11,94	6,13	2,35*
usaldamatus	9,46	4,46	6,52	3,99	3,54***
manipulatiivsus	5,77	4,51	4,24	3,13	1,67
agressioon	4,43	3,64	3,62	2,81	1,10
enesekahjustamine	4,75	3,70	2,37	2,10	3,66***
madal enesehinnang	2,69	2,18	1,37	1,44	3,48***
suitsidaalsus	2,05	2,08	1,00	1,00	2,90**
ebatavaline tajus	5,70	3,54	5,05	3,35	1,04
sõltuvus	5,51	3,57	3,90	3,11	2,66**
<i>Positiivne temperament</i>	14,05	6,33	18,14	5,81	-3,68***
ekshibitsionism	4,80	2,95	5,70	3,52	-1,29
õigustamine	6,58	2,91	6,02	3,28	0,95
eraldatuse	6,92	3,75	5,55	3,67	2,05*
<i>Pidurdamatus</i>	10,35	6,26	9,71	5,51	0,33
impulsiivsus	5,90	3,72	6,22	3,94	-0,45
süüdsus	12,55	3,73	11,56	4,58	1,02
töömaania	8,21	3,71	7,81	4,29	0,67
VRIN	6,21	2,12	6,14	2,37	0,15
TRIN	17,76	3,70	17,40	3,43	0,57

<i>DRIN</i>	18,80	2,91	19,29	2,15	-1,05
<i>RV</i>	3,78	2,08	3,63	2,51	0,34
<i>DEV</i>	4,28	2,61	3,69	2,16	1,35
<i>BDEV</i>	3,88	2,96	2,24	1,70	3,77***
<i>II</i>	19,78	5,58	19,35	5,36	0,42

Märkus. Manni-Whitney *U* -testi tulemus *z* skoor, SNAP-2 valideerusskaaladel *t*-test. Märkus. **p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001. Statistiliselt olulised erinevused on esitatud tumendatud kirjas.

Valiidsusskaaladest oli töötutel oluliselt kõrgem tulemus kui kontrollgrupil *BDEV* skaalas, mis viitab küsimustiku teises pooles hooletumale vastamisele. Nii kontrollgrupis kui töötute grupis oli üldine valiidsusindeks normist kõrgem (*t* skoor > 65) kuuel juhul.

Depressiivsete sümptomite ja mittekohanevate isiksusejoonte seostest

Korrelatiivsed seosed töötute emotsionaalse enesetunde küsimustiku alaskaalade ja SNAP-2 isiksusejoontega on toodud tabelis 5. Depressiooni skaala korreleerus tugevalt enesekahjustamise ja madala enesehinnanguga, keskmise tugevusega seos ilmnes negatiivse temperamendi, suitsidaalsuse ja ebatavalise taju skaaladega (*p* < .01). Negatiivsel temperamendil olid statistiliselt olulised keskmised kuni tugevad seosed kõigi EEK skaaladega peale sotsiaalärevuse. Enesekahjustamine korreleerus kõigi EEK skaaladega (*p* < .001), näidates tugevaimaid seoseid lisaks depressioonile veel üldistunud ärevuse ja astenia skaaladega.

Tabel 5. Töötute EEK alaskaalade ja mittekohanevate isiksusejoonte korrelatiivsed seosed

<i>SNAP-2</i>	EEK DEP	EEK ÜÄR	EEK PAF	EEK SÄR	EEK AST	EEK INS
<i>Negatiivne temperament</i>	.66***	.80***	.44**	.30*	.56***	.49***
usaldamatus	.43**	.37**	.18	.24	.29*	.24
manipulatiivsus	.38**	.45**	.40**	.05	.39**	.26
agressioon	.30*	.43**	.17	-.05	.36**	.25
enesekahjustamine	.77***	.69***	.47***	.46***	.64***	.49***
madal enesehinnang	.71***	.64***	.44**	.36*	.62***	.44**
suitsidaalsus	.62***	.57***	.39**	.45**	.50***	.40**
ebatavaline taju	.59***	.62***	.43**	.34*	.43**	.38**
sõltuvus	.48***	.46***	.35*	.38**	.38**	.14
<i>Positiivne temperament</i>	-.46***	-.31*	-.15	-.36**	-.36**	-.14
ekshibitsionism	-.13	-.10	-.14	-.34*	-.04	-.24
õigustamine	-.27	-.19	-.16	-.27	-.20	-.08

eraldatus	.34*	.34*	.28*	.29*	.34*	.18
Pidurdamatus	.43*	.43**	.25	.05	.47***	.35*
impulsiivsus	.33*	.47***	.18	.02	.32*	.31*
süüdsus	-.32*	-.26	-.13	-.14	-.46***	-.24
töömaania	-.19	-.04	.05	-.05	-.37**	-.15
EEK DEP						
EEK ÜÄR	.80***					
EEK PAF	.54***	.64***				
EEKSÄR	.66***	.54***	.58***			
EEK AST	.72***	.66***	.55***	.49***		
EEK INS	.45***	.57***	.50***	.37**	.48***	

Märkus. Pearson r , * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Korrelatsioonid > 0.6 on esitatud tumendatud kirjas.

Kontrollgrupi emotsionaalse enesetunde küsimustiku alaskaalade ja SNAP-2 isiksusejoontega leiab tabelist 6. Kontrollgrupi isiksusejoonte ja EEK vahel oli statistiliselt olulisi ($p < .05$) seoseid 21 (töötutel 66). Kontrollgrupi seosed olid keskmiselt nõrgemad ($Mdn_r = 0,12$) kui töötute grupi isiksusejoonte ja EEK alaskaalade seosed ($Mdn_r = 0,16$).

Võttes kontrolli alla negatiivse temperamendi mõju isiksusejoonte ja EEK seostele jäi töötute grupil olulisuse nivool $p < .01$ statistiliselt oluliseks enesekahjustamise seos depressiooni ($r = .58$) ja asteeniaga ($r = .43$), madala enesehinnangu seos depressiooni ($r = .50$) ja asteeniaga ($r = .41$), suitsidaalsuse seos depressiivsusega ($r = .43$). Oluliseks muutusid süüdsuse ja töömaania sama tugevusega negatiivsed seosed asteeniaga ($r = -.40$).

Kontrollgrupi seostes negatiivse temperamendi mõju kontrollimisega toimusid järgnevad muutused: statistiliselt oluliseks jäi manipulatiivsuse seos paanikahäirega ($r = .46$, $p < .01$), positiivsel temperamendil ilmnemise seosed depressiivsusega ($r = -.37$, $p < .01$), asteenia ($r = -.38$, $p < .01$) ja insomniaga ($r = -.42$, $p < .01$), paanikahäire skaala korreleerus õigustamise ($r = .45$, $p < .01$) ja pidurdamatusega ($r = .34$, $p < .01$).

Tabel 6. Kontrollgrupi EEK alaskaalade ja mittekohanevate isiksusejoonte korrelatiivsed seosed

	EEK DEP	EEK ÜÄR	EEK PAF	EEK SÄR	EEK AST	EEK INS
Negatiivne temperament	.51***	.56***	.39**	.20	.37**	.55***
usaldamatus	.09	.10	.21	-.00	-.04	.06
manipulatiivsus	.16	.16	.53***	.04	-.05	-.02
agressioon	.15	.30*	.29*	.14	.04	.19
enesekahjustamine	.37**	.15	-.00	-.13	.21	.37**
madal enesehinnang	.37**	.16	.02	-.07	.17	.39**
suitsidaalsus	.24	.09	-.04	-.17	.19	.22
ebatavaline tajut	.22	.27*	.46***	.20	.12	.33*

sõltuvus	.08	-.01	.21	.24	.07	.03
<i>Positiivne temperament</i>	-.23	-.11	-.04	-.15	-.28*	-.25
ekshibitsionism	-.07	-.01	.17	-.34**	-.21	-.17
õigustamine	.14	.20	.47***	.19	.12	.02
eraldatus	.20	.09	.16	.28*	.21	.27*
<i>Pidurdamatus</i>	.19	.17	.37**	-.06	.01	-.01
impulsiivsus	.20	.07	.24	-.03	-.01	-.04
süüdsus	-.13	.05	.09	.24	-.02	-.05
töömaania	-.09	-.11	-.20	.02	-.02	-.04

Märkus. Pearson r , * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Seosed isiksusejoonte, sotsiaalsete ja majanduslike tegurite ning depressiivsuse vahel

Korrelatiivsed seosed töötute mittekohanevate isiksusejoonte, depressiivsete sümptomite ja sotsiaal-majanduslike tegurite vahel on näidatud tumendatud kirjas tabelis 7. Tabel ei sisalda sotsiaal-majanduslikke tegureid, mille seosed SNAP-2 skaalade, BDI ja EEK-ga ei olnud statistiliselt olulised. Alkoholi liigtarvitamine näitab keskmise tugevusega seost nii pidurdamatuse ($r = .54$; $p < .001$) kui impulsiivsusega ($r = .54$; $p < .001$), lisaks on seotud usaldamatuse skaalaga ($r = .45$; $p < .001$).

Tabel 7. Mittekohanevate isiksusejoonte ja depressiivsete sümptomite korrelatiivsed seosed sotsiaal-majanduslike teguritega

	Suhte seis	Raha prb	Puue	Sotsi- aalne toetus	Kehv tervis	Inim. läbi- saamine	Suhete hoid- mine	AU- DIT skoor	Depr. riski- skoor	Neg. sünd arv
<i>Neg. temp.</i>	.07	.37**	.34**	.03	.34**	.36**	.31*	.34**	.44***	.41**
usaldamatus	.32*	.15	.29*	.06	.25	.30*	.26*	.45***	.34**	.50***
manipulatiivsus	.37**	.18	.07	-.02	.11	.05	.12	.36**	.17	.27*
agressioon	.19	.24	.16	.09	.24	.16	.10	.35**	.30*	.35**
Enesekahjust.	.29*	.35**	.23	.17	.27*	.45***	.53***	.30*	.44***	.46***
madal eneseh.	.36**	.31*	.15	.15	.17	.47***	.49***	.31*	.47***	.32*
suitsidaalsus	.20	.24	.24	.18	.27*	.32*	.42***	.20	.34**	.45***
ebatavaline taju	.24	.19	.16	-.10	.25	.08	.25	.39**	.24	.47***
sõltuvus	.09	.23	.13	.30*	.09	.32*	.36**	.30*	.23	.08
<i>Posit. temp.</i>	.07	-.09	.14	-.35**	.09	-.36**	-.36**	-.09	-.28*	.15
ekshibitsionism	-.02	-.02	-.04	.01	.04	-.19	-.25	-.12	-.07	.17
õigustamine	-.01	-.12	-.00	-.31*	.01	-.18	-.15	.01	-.24	.19
eraldatus	.11	.25	.18	-.08	.18	.38**	.46***	-.03	.21	.15
<i>Pidurdamatus</i>	.29*	.28*	.14	.10	.17	.08	.22	.54***	.41**	.27*
impulsiivsus	.03	.23	.13	.07	.07	.03	.11	.54***	.45***	.15
süüdsus	.02	-.07	.12	-.13	-.08	-.10	-.19	-.04	-.01	-.06

töömaania	-.06	.06	.08	-.21	.03	-.19	-.24	-.12	-.21	.03
BDI	.23	.32	.25	.21	.40**	.46**	.52***	.25	.42**	.33**
EEK depr.	.14	.37**	.10	.20	.32	.42***	.52***	.22	.49***	.47***
EEK üldärevus	-.07	.38**	.17	.09	.26	.41**	.42***	.19	.42***	.42***
EEK paanikah.	.06	.32*	.18	-.22	.22	.22	.26*	.29*	.31*	.48***
EEK sotsiaalar.	.04	.35**	.13	.07	.21	.30*	.46***	.21	.37**	.42***
EEK asteenia	.13	.28*	.21	.01	.40**	.36**	.41**	.16	.30*	.37**
EEK unehäired	.06	.27*	.23	-.14	.08	.23	.34**	.37**	.26*	.40**

Märkus. Spearman r. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. Statistiliselt olulised seosed on esitatud tumendatud kirjas

Järgnevalt läbi viidud mitmese lineaarse regressioonanalüüsi eesmärk oli selgitada, millistel isiksuslikel ja sotsiaal-majanduslikel näitajatel on töötute depressiivsuse varieeruvuses unikaalne osa. Ühe kaupa läbi viidud lineaarse regressiooni analüüside alusel valiti isiksusejoonte ja sotsiaal-majanduslike näitajate hulgast muutujad, mis üksikuna ennustasid statistiliselt oluliselt depressiooni BDI skoori. Moodustati isiksusejoonte koondmudel, temperamendi koondmudel ja sotsiaal-majanduslike näitajate koondmudel. Ühe kaupa eemaldati koondmudelitest ebaolulised muutujad.

Isiksusejoonte koondmudel sisaldas usaldamatust, manipulatiivsust, enesekahjustamist, ebatavalist taju, sõltuvust, eraldatust ja impulsiivsust. Isiksusejoonte puhul jäi ainsaks oluliseks depressiivsuse ennustajaks enesekahjustamine. Lineaarse regressioonanalüüsi tulemusel selgus, et enesekahjustamise varieeruvus seletab 32,7% Becki depressiooniküsimustiku skoori varieeruvusest ($F = 30,13$; $p < .000$). EEK depressiooniskoori varieeruvusest seletas enesekahjustamine 49,7% ($F = 59,27$; $p < .000$).

Temperamendiskaalade mudelisse jäid alles negatiivne ja positiivne temperament. Mudelist eemaldati pidurdamatuse skaala, mis ei osutunud statistiliselt oluliseks. Tulemustest selgus, et positiivse ja negatiivse temperamendi varieeruvused koos seletavad 26,5% depressiooniskoori varieeruvusest ($F = 11,47$; $p < .000$). Negatiivne temperament sellest 22,8% ($F = 16,86$; $p < .000$) ning positiivne temperament seletab lisaks 6,2% ($F = 4,9$; $p < .05$) andmete hajuvusest. EEK depressiooniskoori varieeruvusest seletas negatiivne temperament üksikuna 37,9% ($F = 36,35$; $p < .000$).

Kontrollgrupi puhul leiti isiksusejoonteks, mis üksikuna ennustasid statistiliselt oluliselt EEK depressiooni skoori negatiivne temperament ja enesekahjustamine. Negatiivne temperament seletas 25,7% depressiooniskoori varieeruvusest ($F = 22,43$; $p < .000$). Enesekahjustamise varieeruvus aga 12,9% ($F = 10,07$; $p < .01$).

Lõplikusse sotsiaalsete ja majanduslike tegurite mudelisse jäid inimestega läbisaamine, kooselu, negatiivsed elusündmused ja kehaline tervis, mis lisati järjestikku

mitmesesse lineaarsesse regressioonanalüüsi. Tervikuna osutus mudel statistiliselt oluliseks ($F = 12,7$; $p < .000$) ja seletas 43,4% depressiivsuse varieeruvusest. Raskused inimestega läbisaamisel ennustasid 24,7% ($F = 19,69$; $p < .000$), vilets kehaline tervis 10,06% ($F = 9,1$; $p < .01$), üksi elamine 8% ($F = 8,17$; $p < .01$) ja kogetud negatiivsete elusündmuste hulk lisas 4,3% ($F = 4,66$; $p < .05$) töötute depressiivsuse varieeruvusse.

Depressiooni riskitegurite küsimustiku koguskooril esines statistiliselt oluline seos ($p < .001$) ja BDI skoori ($r = .43$) EEK depressiooni ($r = .49$) ja üldistunud ärevuse ($r = .47$) skaaladega. Töötutel, kelle depressiooni sotsiaal-majanduslike tegurite riskiskoor oli äralõikepunktist kõrgem esines ülemäära depressiivsust 45 (72,6%) juhul.

ARUTELU

Töötud on vaimse tervise probleemidele vastuvõtlik ühiskonnagrupp, kelle haigestumine depressiooni sõltub sotsiaal-majanduslikest probleemidest ja isiksuslikest ressurssidest. Käesoleva uurimuse tulemused näitavad töötute oluliselt kõrgemat depressiivsete sümptomite taset, mis kinnitab töötute depressiivsusega seotud tegurite lähema uurimise vajadust. Töötutest pooltel oli depressiooni esinemisele viitav skoor. Arvestades, et uuringus hinnati depressiooni võimalust sõeltestiga EEK, mille tulemustes esineb valepositiivsust, ei saa langetada diagnostilisi otsuseid, küll aga võib järeldada, et töötud kogevad depressiivseid sümptomeid oluliselt sagedamini ja intensiivsemalt kui üldpopulatsioon. Selline tulemus on kooskõlas nii Eestis leituga (Kleinberg jt 2008, Niiberg-Pikksööt, 2010) kui välisriikide töötute uuringutega (Sartorius, 2001; Liwowski jt 2011).

Töötute naiste keskmine Becki depressiooniküsimustiku skoor oli madalam kui töötutel meestel (vastavalt 12,77 ja 14,63), mis on vastupidine Leedu uurimusega, kus töötute meeste depressiivsus oli keskmiselt madalam kui naistel (Stankunas jt, 2006). Kuigi tavapopulatsioonis on depressioon naiste hulgas sagedasem ja nende risk haigestuda suurem (Kleinberg jt, 2008), siis töötute puhul on leitud, et madalamatel ametikohtadel töötanud meeste vaimsele tervisele avaldab töötuks jäämine tugevaimat negatiivset mõju (Paul & Moser, 2009). Naistel on sageli täiendav roll ühiskonnas ja tööta olemine ei ole nende jaoks sedavõrd distressi tekitav, kuna olukord pole naiste eesmärkidega mitteühilduv. Käesolevas uuringus ei olnud depressiivsuse tase seotud vanuse ja töötuse kestusega, küll aga ilmned depressiivsete sümptomite märkimisväärsed seosed suhete hoidmise, inimestega läbisaamise ja rahaprobleemidega.

Kindlasti väärib märkimist, et depressiivsus ise tänu oma sümptomitele pärsib võimalust taas tööturule siseneda. Passiivsus, huvipuudus, lootusetusetunne ei toeta tööotsinguid ega aita inimesel enda olukorrast väljuda. Läbiviidud uuringus erinesid töötud kontrollgrupist EEK depressiooni alaskaala üksikküsimuste võrdluses just kurvameeluse, lootusetuse ja alaväärsustunde poolest. Nii vajaks edaspidi selgitamist, kas töötute poolt kogatud depressiooni sümptomites on võrreldes mittetöötutega ka muid erinevusi.

Käesolev töö leidis sarnaselt varasema meta-uuringuga (McKee-Ryan jt, 2005), et olulisim emotsionaalset toimetulekut ennustav faktor töötute hulgas on isiksuslik ressurss. Enesekohased tuumikhinnangud seletasid nende uuringus 51% töötute psühholoogilisest distressist, kusjuures enesehinnangul, neurootilisusel ja kontrollikesksusel oli varieeruvuses

unikaalne osa. Käesolevas töös oli töötute EEK depressiooniskoori seos negatiivse temperamendiga .66 ning enesekahjustamisega .77. Enesekahjustamise skaala varieeruvus seletas 32,7% depressiivsete sümptomite varieeruvusest, mis on rohkem kui negatiivse ja positiivse temperamendi varieeruvused kokku. Nii on enesekahjustamise unikaalne väärtus depressiivsuse ennustamisel töötute puhul suurem kui temperamendiskaalade roll, mida kinnitab ka korrelatiivsete seoste uurimisel negatiivse temperamendi mõju kontrolli alla võtmise järgne keskmise tugevusega seos (.58) enesekahjustamise ja depressiooniskoori vahel. Enesekahjustamise mõju depressiivsusele oli töötutel oluliselt suurem kui kontrollgrupil. Ro & Clarki (2013) uurimuses korreleerus enesekahjustamine kõigi psühhosotsiaalse toimetuleku valdkondadega (sh töölase funktsioneerimisega). Enesekahjustamine ja ebatavaline tajus on depressioonile spetsiifilised mittekohanevad isiksusejooned (Gamez jt, 2007). Alaväärsustunne, tugev enesega rahulolematuse, tehtud valikute kahetsemise võivad olla rohkem iseloomulikud töötutele ja vähem esineda depressiivsete sümptomitena mittetöötute hulgas, mis vajab edaspidist uurimist.

Töötute puhul näitas negatiivne temperament tugevaimat seost üldärevusega, mis on kooskõlas Mineka ja kolleegide (1998) internaliseeritud häirete struktuuralse mudeliga ja varasemate uurimistulemustega (Brown jt, 1998; Gamez jt, 2007; Watson jt, 2005; Weinstock jt, 2006). Depressioonisümptomite seos negatiivse temperamendiga jäi käesolevas töös mõlemal grupil sarnaselt varem leitud (Weinstock jt, 2006) samasse suurusjärku. Suurim erinevus töötute ja kontrollgrupi vahel ilmnis aga positiivse temperamendi tasemetes, kus kontrollgrupp näitas oluliselt kõrgemat keskmist tulemust. Madal positiivne temperament on depressioonile spetsiifiline korrelaat (Barlow jt, 1996; Watson jt, 2005) ja töötute grupis esines oluliselt rohkem depressioonisümptomaatikat.

Kuna mittekohanevate isiksusejoonte tasemed kalduvad depressiivsuse puhul muutuma paralleelselt depressiivsete sümptomitega (Vittengl jt, 2014) ja käesolev töö oli läbilõikeline, siis tulemused ei näita negatiivse temperamendi rolli depressiooni haigestumisel, vaid töötute depressiivsete sümptomite ja negatiivse temperamendi kalduvuste koosinemist. Regressioonianalüüsid näitasid, et töötute puhul on isiksusejoontel depressiivsete sümptomite varieeruvuses suurem roll kui kontrollgrupil. See on kooskõlaline Soome longitudinaalse uuringuga, kus sai kinnitust, et just madala sotsiaal-majandusliku staatuse puhul on isiksuseomadustel nagu ekstraversus ja neurootilisus oluliselt suurem mõju depressiooni kujunemisele kui kõrgema sotsiaal-majandusliku seisundiga inimestel (Jokela & Keltikangas-Järvinen, 2010). Arvestades, et töötute puhul on ainuüksi nende sotsiaal-majandusliku seisundi tõttu tegu kõrge depressiooniriskiga ühiskonnagrupiga, siis

isiksuseomadustel on kahtlemata kõige olulisem roll selles, kuidas nad negatiivsele elusündmusele reageerivad, kas ja kui kiiresti neil kujuneb depressioon ja kuivõrd efektiivselt nad suudavad toimida sellest olukorrast väljumiseks. Nii sai käesolevas töös osaliselt kinnitust esimene hüpotees – töötute negatiivse temperamendi tase oli kõrgem kui kontrollgrupil. Kuid suurimad erinevused kahe grupi vahel seisnesid positiivses temperamendis ja kalduvuses enesekahjustamisele. Pidurdamatuse esinemisel erinevusi gruppide vahel ei ilmnunud.

Kuigi depressiivsed häired on sagedasemad pikaajaliste tervisehäiretega inimeste seas (Turner jt, 2004), siis käesolevas uuringus terved ja puudega töötud depressiivsete sümptomite keskmiste tulemuste võrdluses ei erinenud. Subjektiivselt hinnatud viletsa kehalise tervise ja keskmise või hea kehalise tervisega töötute võrdluses ilmnemise gruppide vahel erinevused depressiooni ja ärevuse sümptomaatikas. Võib olla, et paljud pikaajalise tervisehäirega töötud on oma haigusega kohanenud ja hästi toimetulevad ja seetõttu ei koge alanenud meeleolu, nagu leidis ka Katon (2003), et krooniliste füüsiliste haiguste puhul on depressiooni kujunemisel tähtsus funktsionaalse kahjustuse ulatusel ja sümptomite hulgal. Seevastu vilets kehaline tervis tähendab piiratud toimetulekut ja raskemat sümptomaatikat, kaasneb sellega sageli ka depressiivsete sümptomite teke. Kuid töötute grupi üldine kõrge depressiivsus võib mõjutada ka subjektiivseid hinnanguid, sest depressioon on seotud vähese rahuloluga kõigis olulistes toimimisvaldkondades, ka füüsilises tervises. Nii võisid hinnata ka kõrgema depressiivsusega töötud oma kehalist tervist viletsaks. Igal juhul ei saanud kinnitust käesoleva uurimuse teine hüpotees – pikaajalise tervisehäirega töötud ei ole depressiivsemad kui terved töötud. Depressiivsete sümptomite esinemise määr sõltus töötute hulgas subjektiivsest hinnangust enda kehalisele tervisele, mitte puude olemasolust.

Pikksööt-Niibergi (2010) magistritöös oli mittetöötamine oluline sotsiaal-majanduslik tegur, mis kliinilist depressiooni ennustas ja käesolevas töös uuriti töötute depressiooni mõjutavaid tegureid. Sotsiaal-majanduslikest teguritest korreleerusid töötute depressiivsusega rahaliste probleemide esinemine, kehv füüsiline tervis, raskused inimestega läbisaamisel ja lähisuhete loomisel ja hoidmisel, lisaks kogetud negatiivsete elusündmuste arv. Regressioonanalüüs näitas inimestega läbisaamise, kooselu, negatiivsete elusündmuste ja kehalise tervise hinnangu unikaalset ja olulist osa. Ning tervikuna seletas sotsiaal-majanduslike tegurite mudel 43,4% töötute depressiooni varieeruvusest. Niiberg-Pikksöödi (2010) depressiooni riskitegurite küsimustiku kogupunktide ja pakutud äralõikepunkti alusel oli võimalik ära tunda suur osa ülemäärase depressiivsusega töötutest (72,6%), mis näitab, et depressiooni tavapopulatsiooni riskitegurite summeerimisel on võimalik eristada rohkete depressiivsete sümptomitega töötuid. Osaliselt leidis kinnitust kolmas püstitatud hüpotees –

sotsiaal-majanduslikest teguritest osutus depressiivsuse oluliseks ennustajaks terviseprobleemi olemasolu. Rahalise toimetuleku raskused olid korrelatiivses seoses depressiooni tasemega. Haridustaseme, sotsiaalse toetuse, alkoholtarvitamise ja lähisuhetega rahulolu ja depressiivsuse vahel statistiliselt olulist seost ei olnud. Tulemused näitavad, et depressiivsete sümptomite ja sotsiaal-majanduslike tegurite seosed töötute puhul osaliselt erinevad tavapopulatsioonil leitud. See võib tuleneda nii valimi väiksusest kui asjaolust, et sotsiaal-majandusliku seisundina on töötute olemine ise olulisim depressiooni korrelaat.

Mittekohanevatest isiksusejoontest oli enesekahjustamise kalduvus tugevaimas seoses lähisuhete hoidmisega, negatiivsete elusündmuste arvuga, inimestega läbisaamise ja rahaprobleemiga. Alkoholi liigtarvitamine varasema uurimusega (Kotov jt, 2007) kooskõllaliselt korreleerus oluliselt pidurdamatuse ja impulsiivsusega ning seos negatiivse temperamendiga oli nõrgem. Erinevalt varasemast tulemusest oli alkoholi liigtarvitamine lisaks seotud usaldamatusega.

Käesoleva uurimuse tulemuste üldistamisel kõigile töötutele tuleb olla ettevaatlik, sest valim on väike ja tegu ei olnud juhuvalimiga. Kuna tegemist on läbilõikeuuringuga, et saa käesoleva töö valguses teha järeldusi põhjuse-tagajärje seoste kohta.

Edaspidi võiks longituudselts uurida töötute mittekohanevate isiksusejoonte tasemete muutusi koos sotsiaal-majanduslike teguritega, samuti võrrelda depressioonisümptomite erinevusi töötutel ja mittetöötutel suurema valimiga uurimustes.

Mittekohanevatest isiksusejoontest negatiivse temperamendi, eriti enesekahjustamise tendentsi ja positiivse temperamendi taseme arvestamine kõrge depressiooniriskiga töötute selekteerimisel annab käesoleva töö tulemuste valguses täiendava võimaluse töötute depressiooni ennetamisel ressursside kõige otstarbekamaks planeerimiseks. Subjektiivne hinnang kehalisele tervisele on olulisem töötute depressiivsuse mõjutaja kui pikaajalise terviseprobleemi või puude olemasolu.

KASUTATUD KIRJANDUS

- Agerbo, E. (2005). Effect of psychiatric illness and labor market status on suicide: a healthy worker effect? *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 598-602.
- Aluoja, A., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K., Leinsalu, M. (1999). Development and psychometrics properties of the Emotional State Questionnaire, a self-report questionnaire for depression and anxiety. *Nord J Psychiatry*, 53, 443-449.
- Aluoja, A., Leinsalu, M., Shlik, J., Vasar, V., Luuk, K. (2004). Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 27 - 35.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test*. Second Edition. World Health Organisation.
- Barlow, D. H., Chorpita, B. F. Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety and disorders of emotion. In Beck, A.T., & Steer, R. A. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Berk M., Dodd S., Henry M. (2006). The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine* 36, 181-189.
- Berking, M., Grosse-Holtforth, M., & Jacobi, C. (2003). Reduction of incongruence in inpatient psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 86–92.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Brown, T. A., Chorpita, B. F. Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Butterworth, P., Leach L. S., Pirkis, J., Kelaher, M. (2012). Poor mental health influences risk and duration of unemployment: a prospective study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 47,1013–1021.
- Chang, C., Ferris, D. L., Johnson, R. E., Rosen, C. C., & Tan, J. A. (2012). Core self-evaluations: A review and evaluation of the literature. *Journal Of Management*, 38(1), 81-128.
- Clark, L. A., Simms, L. J., Wu, K. D. ja Casillas, A. (In Press). SNAP-2. Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality – 2. Manual for administration, scoring, and interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Clark, L.A., Vittengl, J.R., Kraft, D., Jarrett, R.B. (2003). Separate personality traits from states to predict future depression. *Journal of Personality Disorders*. 17, 152–172.

- Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- Creed, P. A., Lehmann, K., Hood, M. (2009). The relationship between core self-evaluations, employment commitment and well-being in the unemployed. *Personality And Individual Differences*, 47(4), 310-315.
- Diener, E., Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57, 119–169.
- Dooley, D., Catalano R., Wilson G. (1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Community Psychology* 22, 745-765.
- Dorling, D. (2009). Unemployment and health. *British Medical Journal* 338, b829.
- Economou A., Nikolaou A., Theodossiou, I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies* 35, 368-384.
- Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Freedman, G. (2013) Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med* 10(11).
- Gamez, W., Watson, D., & Doebbeling, B. N. (2007). Abnormal personality and the mood and anxiety disorders: Implications for structural models of anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 526-539.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S.(2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, 65, 948–958.
- Hirschfeld, R. M. A., Montgomery, S. A., Keller, M. B., Kasper, S., Schatzberg, A. F., Möller, H., Bourgeois, M. (2000). Social functioning in depression: A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 268–275.
- Hoye, G., Lootens, H. (2013). Coping with unemployment: Personality, role demands, and time structure. *Journal of Vocational Behaviour*, 82(2), 85-95.
- Jahoda, M. (1979). The impact of unemployment in the 1930s and the 1970s. *Bulletin of the British Psychological Society*, 32, 309–314.
- Jefferis, B., Nazareth, I., Marston, L., Moreno-Kustner, B., Bellón, J., Svab, I., King, M. (2011). Associations between unemployment and major depressive disorder: evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Social Science & Medicine*, 73(11), 1627-34.
- Jokela, M., Keltikangas-Järvinen, L. (2011). The association between low socioeconomic status and depressive symptoms depends on temperament and personality traits. *Personality and Individual Differences*, 51, 302–308.
- Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C., Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83, 17–34.

- Judge, T.A., Ilies, R. (2002). Relationship of personality to performance motivation: a meta-analytic review. *Journal of Applied Psychology* 87, 797–807.
- Judge, T.A., van Vianen, A.E.M., de Pater, I.E. (2004). Emotional stability, core self-evaluations and job outcomes: a review of the evidence and an agenda for future research. *Human Performance* 17, 325–346.
- Jylhä, P., Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and Anxiety*, 23, 281-289.
- Kaera, A. (2008). Adaptation of the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) into Estonian. Master thesis. Tartu Ülikool, Psühholoogia instituut, Tartu.
- Karsten, I.P. (2005). The negative mental health effect of unemployment: Meta-analyses of cross-sectional and longitudinal data. Dissertation. University of Erlangen-Nuremberg.
- Katon, W.J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*. 54(3), 216-26.
- Kendler, K.S., Gatz, M., Gardner, C. O., Pedersen, N.L. (2006). Personality and Major Depression: a Swedish Longitudinal, Population-Based Twin Study. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 7, 1113-1120.
- Kessler, R. C, P. Berglund, O. Demler, et al. 2003. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association* 289, 3095–3105.
- Kleinberg, A. (2014). Major depression in Estonia: prevalence, associated factors, and use of health services. Tartu University Press.
- Kleinberg, A., Aluoja, A., Vasar, V. (2008). EESTI TERVISEUURING 2006: Depressiooni ja ärevuse esinemine Eesti inimestel: depressiivse häire hetkelevimus, depressiivsuse ja ärevuse levimuse muutus kümne aasta jooksul leituga. *Eesti Arst*, 88 (Lisa 2) 80–86.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. L., Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768-821.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer.
- Lewis G., Sloggett A. (1998). Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal* 317, 1283-1286.
- Liwowsky, I., Allgaier, A. K., Hegerl, U. (2011) Prevalence of mental disorders in the elderly long-term unemployed. Comparison of results of the project KompAQT and the German National Health Interview and Examination Survey. *Neuropsychiatry*, 25(1), 36-43.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157, 98–112.
- Lucht, M., Schaub, R.T., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.J., Bartels, T., von Houwald, J., Barnow, S., Freyberger, H.J., Dilling, H., John, U. (2003). Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. *Journal of Affective Disorders*. 77(3), 203-11.

- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 139- 157.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C.R., Kinicki, A. J. (2005) Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology*, 90 (1), 53-76.
- McKnight, P. E., Kashdan, T. B. (2009). The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research. *Clinical Psychology Review*, 29, 243–259.
- Mineka, S., Watson, D., Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Murphy, G. C., & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.
- Naragon-Gainey, K., Gallagher, M. W., & Brown, T. A. (2013). Stable “trait” variance of temperament as a predictor of the temporal course of depression and social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 611-623.
- Niiberg-Pikksööt, T. (2010). Depressiooni sotsiaalsete ja majanduslike mõjutegurite hindamine. Magistritöö. Tartu Ülikool.
- Ozer, D. J., Benet–Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401–421.
- Paul, K. I, Moser, K. (2006). Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79, 595–621.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282.
- Rannu, M. (2009). Mittekohaneva ja kohaneva isiksuse küsimustiku (SNAP) teise eesti versiooni uuring. Magistritöö. Tartu Ülikool, Tartu.
- Reynolds, S., Gilbert, P. (1991). Psychological impact of unemployment: Interactive effects of vulnerability and protective factors on depression. *Journal Of Counseling Psychology*, 38(1), 76-84.
- Ro, E., Clark, L. (2013). Interrelations between psychosocial functioning and adaptive- and maladaptive-range personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 822-835.
- Sartorius, N. (2001). The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 15,8-11.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R.V., Beekman, A.T., Ormel, J., Nolen, W.A. (2004). Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 231-240.

- Stankunas, M., Kalediene, R., Starkuviene, S., Kapustinskiene, V. (2006). Duration of unemployment and depression: a cross-sectional survey in Lithuania. *BMC Public Health*, 61-74.
- Turner, J. B., Turner, R. J. (2004). Physical Disability, Unemployment, and Mental Health. *Rehabilitation Psychology*, 49(3), 241-249.
- Uysal, S., Pohlmeier, W. (2011). Unemployment duration and personality. *Journal of Economic Psychology*, 32(6), 980-992.
- Viinikainen, J., & Kokko, K. (2012). Personality traits and unemployment: Evidence from longitudinal data. *Journal of Economic Psychology*, 33(6), 1204-1222.
- Vittengl, J.R., Clark, L.A., Thase, M.E., Jarrett, R.B. (2014). Replication and Extension: Separate Personality Traits From States to Predict Depression. *Journal of Personality Disorders*. 28(2), 225-246.
- Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski, M., McDade-Montez, E., Gamez, W., Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment*, 19, 253-268.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model. I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.
- Watson, D., Wu, K. D. (2005). Development and validation of the Schedule of Compulsions, Obsessions, and Pathological Impulses (SCOPI). *Assessment*, 12, 50-65.
- Weinstock, L. M., Whisman, M. A. (2006). Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders: A test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 68-74.
- Warr, P., Jackson, P., & Banks, M. (1988). Unemployment and mental health: Some British studies. *Journal of Social Issues*, 44(4), 47-68.

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele.

Mariza Tasuja

19.01.2015

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Mariza Tasuja

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Mittekohanevad isiksusejooned ja sotsiaal-majanduslikud tegurid, mis soodustavad depressiivsete sümptomite kujunemist töötutel“, mille juhendaja on Maie Kreegipuu,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas

digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 19.01.2015